

	Al Comune di Ufficio destinatario	
--	--	--

Domanda di erogazione di buono sociale per anziani non autosufficienti e persone con disabilità grave

***Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 12/02/2018, n. 10/7856
In attuazione della Misura B2***

Il sottoscritto			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono casa	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

CHIEDE

- | | |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | l'assegnazione di un buono sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver
allega scheda descrittiva del carico di cura |
| <input type="radio"/> | l'assegnazione di un buono sociale finalizzato ad acquistare prestazioni di un assistente familiare (badante) assunto con regolare contratto per almeno 15 ore settimanali |
| <input type="radio"/> | l'assegnazione di un buono mensile per sostenere progetti di vita indipendente con età compresa tra i 18 e i 64 anni |

Soggetto interessato			
<input type="radio"/>	per sè stesso		
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato		
In qualità di (*)			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza

In qualità di ():*
curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

in quanto						
Condizione						
<input type="radio"/>	anziano non autosufficiente					
<input type="radio"/>	persona con disabilità grave					

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiera e di falsità in atti,

PICHIAARA

che oltre al richiedente e al beneficiario del buono, il nucleo familiare si compone di

Grado di parentela ():*

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore,suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

*Professione (**):*

studente, dirigente, quadro, impiegato, operaio, imprenditore, libero professionista, lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante, casalinga, pensionato, disoccupato, infante, altro

che il beneficiario del buono è in possesso di attestazione ISEE

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

che il beneficiario del buono vive al domicilio in questo Comune

- da solo
- con i genitori
- con il coniuge
- con i figli
- con il coniuge o con i figli
- altro (specificare)

che

- con il buono assegnato il beneficiario intende acquistare prestazioni di un assistente familiare (badante) assunto con regolare contratto per almeno 15 ore settimanali
 - è presente un assistente familiare con regolare contratto in regime di convivenza
allega copia del regolare contratto in regime di convivenza dell'assistente familiare

che, relativamente alla Misura B1, il beneficiario

- non ha percepito la Misura B1 al 31 ottobre 2016
 - ha percepito la Misura B1 al 31 ottobre 2016

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | scheda descrittiva del livello di autonomia |
| <input type="checkbox"/> | scheda descrittiva del carico di cura |
| <input type="checkbox"/> | copia del regolare contratto in regime di convivenza dell'assistente familiare |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento d'identità |
| <i>(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)</i> | |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. |
|--------------------------|---|

Luogo

Data

Il dichiarante